

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 266

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Tumeurs sous-unguéales douloureuses

(Angiomyo-neuromes artériels)

Tumeurs glomiques

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 5 Juillet 1927

PAR

Milivoyé LOUTCHITCH

Né à NICH (Serbie), le 1^{er} Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

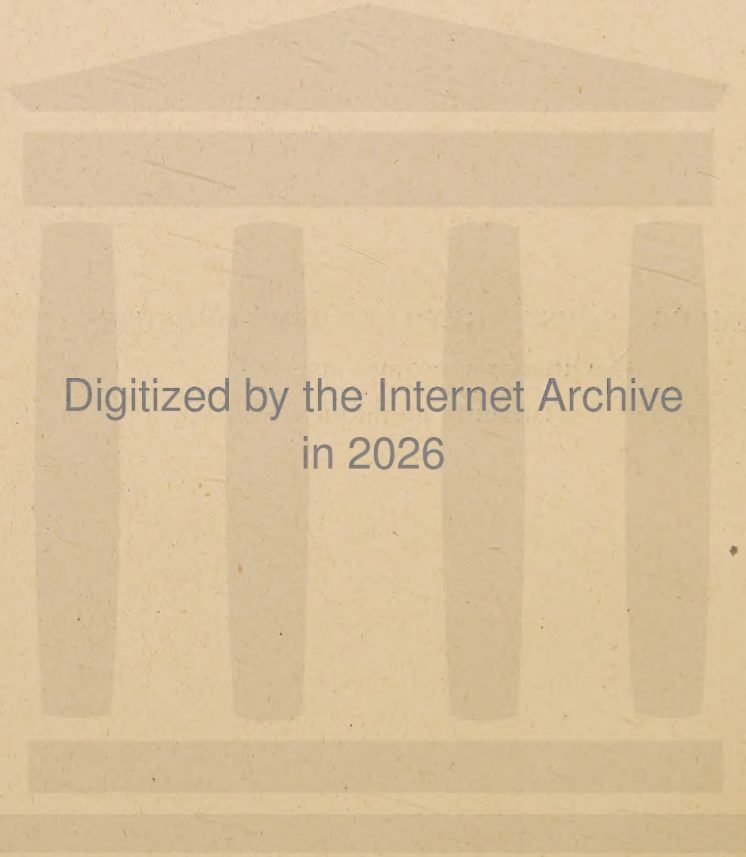
42, Quai Gailleton, 42

—
1927

TUMEURS SOUS-UNGUEALES DOULOUREUSES

(Angiomyo-neuromes artériels)

Tumeurs glomiques



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 266

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Tumeurs sous-unguéales douloureuses

(Angiomyo-neuromes artériels)

Tumeurs glomiques

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 5 Juillet 1927

PAR

Milivoyé LOUTCHITCH

Né à NICH (Serbie), le 1^{er} Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	X.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie Interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE-MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	SAVY
Pharmacie,	JEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM. GARIN	MM. ROUBIER	MM. DUNET	MM. DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur

MARTIN et WERTHEIMER, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE
DE MON PÈRE
DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE DOUCHAN

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS
ROKSANDRA, BOSSILIJKA, YÉLITZA

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES
VOUKOMANOVITCH LOUKA
Juge à la Cour de Cassation
BOGDANOVITCH BLAGOYÉ

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE ET AMI
JULIEN RAY
*Maître de Conférence de Botanique
à la Faculté des Sciences*

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP DE BATAILLE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE

*Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon
Professeur de Clinique des Maladies mentales et nerveuses
Membre correspondant de l'Académie de Médecine*

Au grand Maître et au grand cœur, reconnaissance émue d'élève dévoué.

C'est à vous que je dédie ce modeste travail, à vous qui m'avez révélé l'âme de la France, à vous qui m'avez appris à aimer, à respecter celle que nous appelons si tendrement « notre douce France ».

Je vous dois éternelle gratitude pour le cordial accueil, pour les conseils et pour les encouragements que vous me fîtes pendant plusieurs années, à votre service, en m'enseignant avec une inaltérable patience, par vos leçons magistrales pleines de clarté et de précision, toute l'importance de la Psychiâtrie.

Je vous dois aussi de m'avoir secouru largement pour terminer mes études médicales. Je me le rappellerai toujours.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fit de présider le Jury de notre thèse.

Nous le remercions aussi de la bonté constante qu'il nous a témoignée au cours de notre stage en son Service, en nous faisant aimer par son art chirurgical, et ses explications lumineuses, toute la beauté de la chirurgie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC
Professeur de Clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A qui nous adressons nos sincères remerciements pour le bon accueil qu'il nous fit à son Service.

Nous n'oublierons jamais son enseignement éminemment pratique et clair, qui nous a toujours captivé.

Nous garderons toujours une reconnaissance constante de sa bonté et de l'intérêt tout particulier qu'il apportait à notre égard, en nous apprenant des notions médicales pratiques, qui nous serviront bien précieusement à l'avenir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

A qui nous adressons nos sympathiques remerciements pour la simplicité et la courtoisie avec lesquelles il nous traitait.

C'est à lui que nous devons de traiter dans ce travail ce sujet qu'il nous a inspiré.

Nous n'oublierons jamais son cœur généreux et la bonté inappréciable qu'il nous a témoignée toujours. Et même dans les moments où sa santé était touchée, il pensait avec le même dévouement à ses élèves et à ses malades.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOSEPH-F. MARTIN

Professeur agrégé d'Anatomie pathologique

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait de siéger dans le Jury de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN DECHAUME

Chef de Clinique médicale

Préparateur au Laboratoire d'Anatomie pathologique

Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude pour ses explications séduisantes d'anatomie pathologique, et pour la peine qu'il se donnait en nous permettant l'iconographie de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chef de Clinique médicale

Nous lui devons une reconnaissance infinie pour la peine évidente qu'il se donnait en nous enseignant les notions médicales.

A MM. LES DOCTEURS BOURRAT ET LEONET

Chefs de Clinique neurologique et psychiatrique

Je leur adresse l'expression de ma sympathie et mes remerciements pour la simplicité du cordial accueil qu'ils m'ont témoigné.

A MM. LES DOCTEURS DODERÓ ET CONDEMINE

Médecins en chef à l'Asile de Bron

Remerciements sincères pour le bon accueil que vous me fîtes dans vos Services lors du remplacement des internes.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne laisserons pas passer ce moment solennel sans adresser un souvenir respectueusement reconnaissant à nos éminents Maîtres qui nous ont enseigné avec tant d'amabilité avec leur science clinique et leurs connaissances vastes, le problème médical.

Ils n'ont jamais épargné le temps de nous inculquer profondément ce qui était le meilleur de la civilisation française.

Au cours de nos études, nous avons traversé des périodes bien difficiles dans la lutte continuelle pour l'existence, nous avons trouvé toujours les encouragements les plus précieux auprès de nos vénérés Maîtres.

Nous avons connu ce grand cœur français où ont germé toutes les nobles idées qui honorèrent l'Humanité, où ont trouvé un écho douloureux toutes les souffrances humaines.

Oh ! Immortelle France, pays de lumière, et de bonté, pays de justice et de liberté, défenseur de tous les faibles, sublime patrie des patries, flambeau, gloire de l'Humanité tout entière, tes sincères amis serbes, profondément, religieusement, t'aiment, te vénèrent, te chérissent.

TUMEURS SOUS-UNGUEALES DOULOUREUSES
(Angiomyo-neuromes artériels)
Tumeurs glomipues

Introduction

Le sujet dont nous entreprenons l'étude, sous l'inspiration de M. le Professeur agrégé Paul Bonnet, ne représente, certes, qu'un point très effacé de la pathologie chirurgicale générale.

Les tumeurs sous-unguéales douloureuses méritent pourtant d'être bien connues de la plupart des médecins, s'il est vrai que le but qu'ils poursuivent est le soulagement des malades. On sera convaincu de cette nécessité à la lecture de l'observation du Professeur agrégé P. Bonnet.

Ces tumeurs sont d'ailleurs bien connues des chirurgiens, et sans doute, de tout temps. Il est facile d'y retrouver des observations. C'est ainsi qu'on en rencontre quelques-unes au fil des pages de l'admirable article sur les « doigts » rédigé par Polaillon dans le Dictionnaire des Sciences médicales :

« Une lady souffrait tellement d'un doigt qu'elle en demandait l'amputation. Syme enleva l'ongle qui pa-

raissait légèrement soulevé, et trouva au-dessous un tubercule qu'il extirpa. La malade fut complètement guérie. »

L'article de Chandelux sur les tubercules sous-cutanés douloureux, paru dans les *Archives de Physiologie* en 1882, renferme une des plus belles observations avec un examen histologique, qui confirme rétrospectivement l'interprétation que nous en donnons actuellement.

Une des rares études d'ensemble sur ce sujet est représentée par la thèse de J. Vincent, inspirée par le Professeur Bérard.

Cependant, ces tumeurs bien connues des chirurgiens par leurs manifestations cliniques si particulières, le sont beaucoup moins dans leur nature histologique. Cela tient d'une part à la confusion qui règne dans la dénomination des cas publiés, étiquetés fibromes, sarcomes, fibromyxomes, durillons, névromes, épithéliomas surtout, alors que l'on est surpris de les voir correspondre à des descriptions cliniques identiques.

D'autre part, il y a souvent contradiction flagrante entre le caractère de malignité (épithélioma) affirmé par l'histologie et la bénignité de l'évolution clinique à laquelle assiste le chirurgien.

Aussi est-on porté à accueillir avec faveur une interprétation histologique à la fois mieux adaptée à des aspects cliniques identiques de ces tumeurs, et à leur évolution incontestablement bénigne

Celle qu'en donne le Professeur Masson, de Strasbourg, nous paraît tellement séduisante, qu'il est difficile de ne pas en chercher la confirmation.

Dans un très bel article, splendidement illustré, paru dans le *Lyon Chirurgical* de mai-juin 1924, le Professeur Masson considère ces tumeurs comme une hyperplasie du glomus neuro-myo-artériel des extrémités tactiles, organe qu'il identifie avec le corpuscule de Ruffini.

Ces tumeurs sous-unguéales seraient donc des *tumeurs glomiques* (angio-myo-neuromes artériels).

Cette interprétation a déjà reçu mainte confirmation, notamment par les articles publiés par MM. Joseph-F. Martin et J. Dechaume.

L'observation du Professeur agrégé P. Bonnet rentre à coup sûr dans la catégorie de ces tumeurs glomiques.

Et c'est pourquoi il y a à l'heure actuelle un intérêt particulier à étudier ces tumeurs et leur nature histologique, puisqu'il doit en résulter l'expression de ce double principe :

Les tumeurs sous-unguéales douloureuses sont des tumeurs glomiques, à évolution essentiellement bénigne.

La guérison immédiate et absolue peut être obtenue par une opération en principe conservatrice.

Etude Clinique

On est inévitablement amené à penser, en présence d'une tumeur sous-unguéale douloureuse, à une *origine traumatique*, et l'idée vient d'une tumeur inflammatoire développée autour d'un corps étranger enkysté.

Pourtant le plus souvent on ne parvient pas à établir une relation nette avec un traumatisme, et celui que le malade incrimine n'est pas forcément celui qui devrait être mis en cause.

Les traumatismes qui atteignent l'ongle sont si fréquents dans le travail de tous les jours, et si vite oubliés, que leur rôle étiologique ne peut être reconstitué à longue échéance.

Les piqûres d'aiguilles, les échardes qui s'insinuent sous l'ongle pourraient légitimement être incriminées et le sont quelquefois, avec vraisemblance (observ. Delore).

Il en est de même des contusions de l'ongle qui laissent après elles un hématome sous-unguéal. Rien ne s'oppose à rattacher la tumeur à l'organisation d'un hématome (observations de Barré, de J.-F. Martin et J. Dechaume).

N'y a-t-il pas d'ailleurs quelque rapport entre la douleur atroce que l'on ressent à l'écrasement de l'ongle et celle qui accompagne la tumeur sous-unguéale.

On peut également poser, sans avoir les éléments pour la confirmer, l'hypothèse d'une inclusion dermique congénitale.

Rien dans l'âge, ni le sexe, ni le côté atteint, ni le doigt en cause, n'apporte d'argument en faveur d'un de ces facteurs étiologiques que nous venons d'envisager (voir *Thèse* de J. Vincent).

Les tumeurs sous-unguéales mettent un temps variable, souvent très long, à prendre un développement capable de provoquer des douleurs vives ou une déformation.

Cependant l'apparition de la tumeur peut succéder de près à un traumatisme et les phénomènes douloureux sont susceptibles d'atteindre, en quelques semaines, une acuité qui conduit au traitement chirurgical (obs. de Barré), mais le fait est rare.

Dans certains cas les douleurs restent légères et fugaces pendant une longue période ; dans d'autres elles arrivent rapidement à leur paroxysme.

A la période où ces tumeurs sont observées elles sont caractérisées par le *syndrome douloureux* et l'existence d'une *tuméfaction sous-unguéale*.

Les douleurs constituent le symptôme le plus caractéristique. La lecture des observations, en particulier celles de Barré et de P. Bonnet, est plus instructive que toute analyse de ce symptôme.

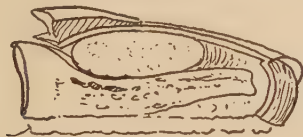
La douleur spontanée existe toujours. En général

supportable au milieu des occupations de la journée, elle peut devenir intolérable la nuit et retarder longtemps le sommeil.

Elle subit le plus souvent des recrudescences paroxystiques sous des influences atmosphériques minimales, en particulier par le passage brusque du chaud au froid. Ce sont alors des crises atrocement douloureuses, accompagnées d'irradiation à tout le membre, et même à toute une moitié du corps.

Le contact du doigt déclanche la crise douloureuse. Les contacts les plus légers deviennent intolérables. Au cours de l'examen il est cependant possible d'approcher de très près la région unguéale et ce n'est que le contact immédiat de l'ongle qui est douloureux.

La tumeur réalise en somme le syndrome bien classique du tubercule sous-cutané douloureux.



Tumeur sous-unguéale

La tumeur sous-unguéale n'est pas toujours immédiatement appréciable. La douleur peut être atroce et cependant rien, ou presque rien, ne vient déceler la présence d'une tumeur. Ce n'est qu'après que l'ongle a été enlevé dans le premier temps de l'opération que l'on voit faire saillie sur la phalangette, au niveau du

derme sous-unguéal, une tumeur plus volumineuse que l'aspect de l'ongle, à peine modifié, ne pouvait le laisser prévoir.

Si la tumeur a acquis un certain volume l'ensemble de la phalange unguéale paraît augmenté de volume. La peau est souvent plus lisse, légèrement rosée.

L'ongle, soulevé par la tumeur, bombe légèrement. Parfois il est dévié, soulevé ou même partiellement décollé à sa base et sur l'un des côtés. Mais il tombe rarement.

Sa coloration est modifiée. La teinte rosée et brillante fait place à un aspect légèrement plus terne, souvent bleuté, ce qui fait croire à la nature angiomateuse de la tumeur sous-jacente.

Les troubles trophiques sont assez fréquents. La surface externe perd sa régularité, devient inégale, raboteuse, sillonnée de stries longitudinales.

Les téguments périungéaux sont absolument sains, à moins qu'un traitement intempestif ait été l'occasion d'une poussée inflammatoire, ou que le soulèvement latéral de l'ongle ait créé une porte d'entrée à l'infection de la rainure périunguéale.

L'augmentation de volume de la tumeur est lente et progressive, et avec elle s'exagèrent les phénomènes douloureux qui finissent par devenir intolérables. Mais cela peut durer un grand nombre d'années.

A aucun moment de l'évolution la tumeur ne prend un caractère de malignité locale.

Il n'est même pas certain qu'elle récidive après l'opération, bien que les douleurs puissent reparaitre après une intervention, avec un caractère névritique.

Pourtant la tumeur peut retentir sur l'état général. La douleur peut à elle seule être une cause de dépérissement. La malade observée par le Professeur agrégé P. Bonnet avait maigri de 25 kilos. Il n'est pas jusqu'au *diabète* qui avait fait retarder l'intervention, qui ne puisse être mis en relation avec l'intensité des phénomènes douloureux.

Syndrome douloureux d'extrême intensité ; tuméfaction sous-unguéale, sont donc les deux symptômes essentiels qui imposent le diagnostic.

La *radiographie* peut apporter un élément d'appréciation qu'il ne faut pas négliger. Faite par comparaison avec celle du doigt homologué sain, elle peut révéler la présence d'une tumeur inappréciable à l'œil, par l'augmentation de l'espace entre l'os et le profil de l'ongle. Elle montre en outre les altérations fréquentes de la phalange : incurvation en nacelle, dépression cupuliforme, amincissement antéro-postérieur, érosion de la face unguéale.

L'absence totale d'ulcération suffit à distinguer de ces tumeurs :

L'*ongle incarné* et les tumeurs inflammatoires qui l'accompagnent souvent sous forme de bourgeons rouges hémorragiques (pseudo-botriomycome, granulome télangiectasique) comme elles accompagnent le panaris sous-unguéal ;

Les *onyxis* syphilitiques ou professionnels ;

La *dermite sous-unguéale* décrite par Le Dentu ;

Les *épithéliomas* à début sous-unguéal ou péri-

unguéal, souvent de nature mélanique (panaris mélanique d'Hutchinson).

Ces différentes lésions ne sont pas exemptes de douleurs, mais elles sont loin de réaliser le syndrome douloureux si particulier des tumeurs sous-unguéales.

L'exostose sous-unguéale est rarement douloureuse. Son apparition à l'extérieur, sous l'extrémité unguéale, permet en général de la distinguer facilement.

Par contre il peut être difficile de distinguer les tumeurs sous-unguéales de certaines *tumeurs de l'os*, telles que des sarcomes à myéloplaxes, dont la tendance est pourtant de venir bomber à la pulpe plutôt que sous l'ongle (obs. de Poncet, in *Thèse* de Vincent).

Enfin l'absence de caractères inflammatoires permettra de ne pas s'arrêter à l'hypothèse d'une *réaction inflammatoire autour d'un corps étranger* sous-unguéal, hypothèse qui se présente tout naturellement à l'esprit.

Anatomie Pathologique

Il y a une certaine identité de siège et de forme des tumeurs sous-unguéales, si l'on prend soin d'éliminer des tumeurs de la phalange osseuse, des inflammations périunguéales accompagnées de bourgeons hémorragiques (granulome télangiectasique, faux botriomycome) qui s'accompagnent de douleur sans doute, mais sont loin de réaliser le syndrome douloureux propre aux tumeurs que nous avons en vue.

La tumeur siège entre ongle et phalangette. Elle se loge comme elle peut, soulevant la base de l'ongle, écrasant la phalangette qu'elle incurve et où elle se creuse un nid. En arrière elle s'étend jusqu'à la matrice de l'ongle. Elle y adhère quelquefois et paraît reliée à la matrice par un pédicule. En avant, elle semble refouler devant elle le derme sans parvenir à se faire jour à l'extrémité du doigt.

La tumeur est solidement logée, mais non encapsulée dans le derme sous-unguéal. Coupée dans le sens sagittal elle paraît adhérer à l'os. Elle s'y creuse une logette cupuliforme ; la phalange est parfois comprimée, amincie, usée, érodée superficiellement.

La *forme* générale est ovoïde, à grosse extrémité antérieure, globuleuse, aplatie entre les deux parois résistantes : ongle et phalange.

Le *volume* varie de la grosseur d'un pois à celle d'une grosse amande.

La *consistance* est élastique, un peu molle.

A la coupe l'aspect peut être variable. Le plus souvent la tumeur est légèrement translucide, d'un blanc rosé charnu, voisin de la couleur des enchondromes translucides, ressemblant surtout au liquide gelée de pomme des kystes synoviaux, qui se serait solidifié (L. Bérard, P. Bonnet).

La tranche de section ne s'éverse pas.

Dans d'autres cas la tumeur est d'un rouge charnu, un peu sombre.

Il est vraiment surprenant qu'à des caractères macroscopiques assez peu variables, correspondent des formes histologiques aussi dissemblables que celles qui ont servi à des désigner : durillon, papillome, fibrome, névrome, épithélioma, botriomycome, fibromyxome, sarcome, angio-sarcome, périthéliome !

Il est vrai que parfois la dénomination a été faite d'après un caractère clinique (névrome) en l'absence d'examen histologique.

D'autre part on trouve dans mainte observation un contraste entre l'évolution clinique bénigne et le caractère de gravité (épithélioma) affirmé par l'histologie.

De sorte qu'il plane un doute sur l'interprétation donnée à l'examen macroscopique de la préparation et que l'on est tout disposé à accepter une nouvelle inter-

prétation anatomique qui aurait pour résultat de rapprocher dans un même cadre ces tumeurs d'aspect macroscopique assez uniforme, et de confirmer la bénignité de leur évolution clinique par des caractères histologiques où toute arrière-pensée de malignité serait exclue.

C'est pourquoi nous accueillons volontiers l'interprétation histologique qui en a été donnée par le Professeur P. Masson, et que nous verrons confirmée par les observations publiées depuis son article initial.

Le Professeur Masson, dans un article remarquablement illustré, paru dans le *Lyon Médical* (mai-juin 1924) interprète les tumeurs sous-unguéales comme étant une hyperplasie d'un organe normal du derme, abondant au niveau des extrémités digitales : le *glomus neuro-myo artériel*.

Ayant eu l'occasion d'étudier les préparations histologiques des cas observés par Barré, il fut frappé de l'identité de la structure de ces tumeurs :

« Elles semblent essentiellement constituées par un entrelacs de vaisseaux sanguins tortueux, parfois fort larges et béants. Ces vaisseaux sont particuliers du fait de l'épaisseur souvent énorme et la constitution singulière de leur paroi. »

En un point de la préparation on trouve une lumière vasculaire béante ; il s'agit d'une artériole modifiée, branche d'artère dermique, vaisseau afférent de la tumeur. La lumière est bordée d'un endothélium à grosses cellules cubiques, reposant sur une mince lame

collagène; elle est bordée extérieurement par un étui plus ou moins épais de fibres musculaires lisses à orientation à peu près circulaire. A mesure que l'on s'éloigne de la lumière les cellules musculaires perdent leur orientation régulière, deviennent pauvres en myofibrilles, puis se montrent globuleuses, et prennent un aspect épithélioïde. Ces cellules épithélioïdes sont entassées en massifs épais, en lobules ou en travées comparables — et c'est là une cause d'erreur d'interprétation — à celles de certains épithéliomas.

Hors de ces amas épithélioïdes qui, en dedans, se continuent, avec toutes les transitions désirables, avec les fibres musculaires lisses, se trouve un tissu conjonctif plus ou moins riche en fibres nerveuses amyéliniques. Celles-ci forment de petits faisceaux qui se perdent parmi les cellules épithélioïdes et certaines d'entre elles semblent se continuer avec un prolongement des cellules.

Ailleurs on trouve d'autres vaisseaux, plus nombreux, qui sont les ramifications de cette artériole. Leur lumière, très irrégulière, est bordée, elle aussi, d'un endothélium à grosses cellules cubiques. En dehors des éléments endothéliaux on trouve encore quelques fibres musculaires rameuses. Mais la plus grande partie de la paroi est formée par des cellules épithélioïdes, semblables aux précédentes, isolées les unes des autres par de minces parois collagènes.

Les vaisseaux, entrelacés, fusionnent leurs parois. Les cloisons ou les travées d'apparence conjonctive qui séparent les éléments histologiques annexés aux vaisseaux contigus, recèlent d'innombrables fascicules ner-

veux amyéliniques et ceux-ci forment parfois de véritables troncs nerveux à section circulaire.

Il semble en outre, qu'il y ait connexion intime de structure entre les cellules épithélioïdes de bordure et les éléments schwanniens des fibres nerveuses.

D'autre part certaines coupes heureuses montrent que les cellules épithélioïdes sont souvent pourvues de prolongements qui s'échappent d'une portion limitée de leur surface et se continuent avec la région axiale des fibres nerveuses, comme celles des cellules ganglionnaires.

Ainsi les nerfs indiscutables qui occupent les interstices des vaisseaux tumoraux ont, avec eux, non seulement des relations de contiguïté, mais semblent en continuité morphologique et génétique avec les cellules épithélioïdes de leurs parois, et celles-ci sont reliées aux cellules musculaires par toutes les formes, de transitions possibles.

On peut donner au glomus tumoral formé par les ramifications entrelacés, le nom d'*angio-myo-neurome artériel*.

Frappé de la structure si spéciale de ces tumeurs, de leur bénignité, le Professeur Masson fut amené à penser qu'elles répondaient à l'hyperplasie d'un organe particulier du derme.

C'est ainsi qu'il fut amené à individualiser, dans le derme des doigts et des orteils, un dispositif spécial, branché en dérivation latérale sur le trajet des artérioles cutanées : le *glomus neuro-myo artériel*.

Celui-ci ne serait autre qu'un corpuscule de Ruffini, particulièrement volumineux et différencié, répondant

à la portion artérielle d'une anastomose artério-veineuse. Chaque vaisseau serait entouré par une résille nerveuse très serrée et complexe, répondant pour une part à des expansions du système nerveux cérébral (fibre à myéline), pour une autre part à des expansions sympathiques d'origine autochtone, les unes et les autres en connexion avec le sympathique artériel.

Les travaux du Professeur Masson n'ont pas tardé à trouver leur confirmation : MM. Joseph-F. Martin et J. Dechaume, intéressés par cette description du glomus neuro-myo artériel et l'interprétation donnée par Masson à la structure des tumeurs sous-unguéales, ont repris l'examen histologique de pièces en leur possession, et complètement modifié l'interprétation première qui en avait été donnée, avant la publication du Professeur Masson.

Les deux tumeurs qu'ils ont pu examiner ainsi présentaient une structure identique, superposable à celle des tumeurs glomiques décrites par Masson, sous le nom d'angio-myo-neuromes artériels.

La préparation histologique adressée par le Professeur agrégé P. Bonnet, représente un des exemples les mieux caractérisés de ces angio-myo-neuromes artériels.

Des recherches ultérieures montreront s'il y a lieu de ne retenir, parmi les tumeurs sous-unguéales, que cette seule forme anatomique.

On ne pourra manquer d'être frappé, à la lecture de la belle observation de Chandelux de l'identité pres-

que absolue de sa description histologique avec celle qu'en a donnée le Professeur Masson.

L'interprétation du caractère douloureux est sans doute à reprendre à la lumière de ces nouvelles données histologiques.

Il ne faut pas cependant refuser au siège sous-unguéal la part qui lui revient certainement dans la réalisation du syndrome douloureux : le fait que la douleur cesse dès que la tumeur se libère de l'ongle qui la comprimait, est en faveur de cette interprétation.

L'exemple d'un sarcome du gros orteil avec examen histologique fait par Renaut, illustre cette pathogénie de la douleur :

« Les nerfs, très abondants, forment profondément dans le derme sous-unguéal des faisceaux volumineux et parallèles aux crêtes de Henle. Comprimés par la tumeur qui se développe entre deux plans résistants, la phalangette et l'ongle, ces filets nerveux sont la cause des douleurs provoquées par la marche ou la pression digitale.

« Mais les douleurs spontanées sont sous la dépendance d'une turgescence ou d'une érectilité des vaisseaux dilatés et volumineux qui sont situés autour de la tumeur. Des boucles vasculaires montent dans l'épaisseur des crêtes de Henle ; ces boucles sont dirigées d'avant en arrière comme si elles voulaient se coucher sous le lit unguéal dans le sens contraire aux pressions exercées sur le bout du doigt. Les réseaux planiformes d'où s'élèvent ces boucles, suivent les crêtes renfermées dans l'épaisseur des plis du derme,

mais ce qui est particulier, avant tout, dans la vascularisation du lit de l'ongle, c'est la configuration des traits anastomotiques qui relie le réseau superficiel aux vaisseaux de distribution. Ces traits se dirigent d'arrière en avant, à la façon d'arcs postéro-antérieurs ont un trajet de plus en plus court à mesure qu'on se reporte d'avant en arrière, vers la racine de l'ongle. de façon que les pressions exercées sur l'extrémité antérieure de celui-ci, et dirigées de manière à l'incliner sur son lit, anémient, il est vrai, la portion antérieure de ce dernier, mais font refluer le sang dans les réseaux de la lunule et de la matrice. »



Traitement

Le traitement des tumeurs sous-unguéales douloureuses est essentiellement chirurgical.

Mais il doit s'inspirer de la bénignité de la tumeur (caractère essentiel si des faits ultérieurs viennent le confirmer).

L'opération sera donc, dans le principe, *radicale dans l'ablation de la tumeur, mais conservatrice du doigt.*

Tout *traitement symptomatique* qui s'adresserait à l'élément douleur seul, est insuffisant à amener la guérison : la section des nerfs collatéraux des doigts a été pratiquée (obs. de Poncet. de Barré), sans amener aucun soulagement.

L'extirpation de la tumeur est le traitement de choix. Elle nécessite deux temps : l'ablation préalable de l'ongle ; la dissection de la tumeur. Celle-ci peut être difficile, en raison de l'adhérence au squelette. Aussi s'en tient-on souvent au curettage de la tumeur qui permet l'évidement de la dépression cupuliforme créée à la surface de l'os.

La conservation de la phalangette est le plus souvent possible. Elle est défendable en principe.

Cependant on peut être conduit à préférer délibérément l'amputation de la phalangette et ceci pour deux motifs :

1° Le squelette lui-même de la phalange est souvent altéré dans sa trophicité. Refoulé, écrasé par la tumeur, il est aplati, et même érodé en surface. La crainte d'une nécrose secondaire à la mise à nu et au curettage peut faire préférer l'amputation.

C'est ce qui fut fait dans le cas du Docteur Bonnet où la radiographie avait montré l'importance de l'altération osseuse.

2° La crainte des récidives non point de la tumeur qui semble avoir peu de tendance à récidiver (des observations un peu douteuses signalent cependant la récidiye), mais des phénomènes douloureux. Car on a vu la douleur reparaître, avec un caractère névritique et la nécrose du squelette n'est sans doute pas étrangère à la continuation ou à la reprise des phénomènes douloureux (obs. de Jaboulay).

C'est pourquoi *l'amputation* peut être délibérément préférée dans certains cas. L'amputation à lambeau palmaire, taillé après désarticulation est le procédé de choix, car il évite toute manœuvre de dissection au voisinage immédiat de la tumeur.

L'anesthésie locale peut être obtenue de façon parfaite, mais elle l'est au prix de très violentes douleurs occasionnées par les injections. On doit donc lui préférer, sauf contre-indication l'anesthésie générale.

Observations

Nous n'avons retenu, des observations réunies dans la thèse de Vincent, que les plus caractéristiques. Cette thèse renferme, en effet, des cas assez disparates, parmi lesquels on reconnaît des épithéliomas ulcérés de la rainure unguéale, et des granulomes télangiectasiques inflammatoires.

Notre travail renferme, par contre, quelques observations plus récentes, et d'autres recueillies au hasard de nos lectures.

Nous n'avons pas cherché d'ailleurs à réunir les observations publiées, qui sont nombreuses, mais à présenter celles dont la lecture peut conduire à une connaissance plus parfaite de ces tumeurs.

OBSERVATION I

(CHANDELUX, *Archives de Physiologie*, 1882.)

Névrome corpusculaire sous-unguéal douloureux

Malade âgée de 16 ans. Entre dans le service de M. Ollier, au moment d'un concours pour une place de chirurgien major de la Charité. Elle fut choisie par le jury pour servir à l'une

des épreuves cliniques. Voici les principaux détails et les particularités les plus importantes.

La malade avait commencé à souffrir depuis deux ans. Les douleurs, qui avaient leur point de départ exclusif dans la phalangette de l'annulaire gauche, avaient, au début, été légères et fugaces ; puis, peu à peu, leur violence était devenue telle que la malade ne pouvait dormir et aurait volontiers sacrifié son doigt tout entier, même pour obtenir un simple soulagement. Ces douleurs presque continues, avec exacerbations vives à certains moments, étaient vivement accrues par les moindres pressions ; il suffisait de comprimer les parties latérales de la phalangette pour arracher des cris à la malade.

L'ongle qui recouvre la région douloureuse est décollé jusqu'à sa racine dans sa moitié externe. Au-dessous de lui, les téguments paraissent sains ; jamais il n'y a eu issue de liquide purulent. Sa forme est altérée, il est aminci, incurvé vers la pulpe digitale, mais n'offre ni lamellation, ni fendillement. La pulpe sous-jacente présente une peau amincie, d'aspect vernissé. On y constate une injection capillaire très évidente, tandis que l'ongle continue à présenter sa coloration normale. Jamais il n'y a eu blessure de cette phalange ; aucun corps étranger n'a pu pénétrer sous l'ongle ; la maladie est survenue spontanément. La malade, d'ailleurs, ne présente aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique.

La phalange n'est nullement augmentée de volume. Lorsqu'on l'explore, on fait naître une douleur vive dès qu'on comprime les téguments avoisinant la partie externe décollée de l'ongle et la moitié externe du revêtement unguéal. La palpation ne permet point de sentir nettement une tumeur ; cependant, on peut, par des pressions douces, arriver à établir que les tissus sous-unguéaux offrent une inégalité de consistance ; la portion de ces tissus qui est rapprochée de la matrice de l'ongle, paraît plus indurée que la portion située plus près de l'extrémité du doigt.

L'impossibilité d'expliquer les douleurs par une ostéite de forme névralgique de la phalangette ou par un corps étranger implanté dans les tissus amena M. Vincent à porter le diagnostic de névrome microscopique. M. le Professeur Ollier n'avait pas hésité, dès le premier jour de l'entrée de la malade, à porter le diagnostic de névrome microscopique et

à dire qu'il suffirait d'enlever une partie de l'ongle et des tissus de la région pour que la guérison s'en suivit.

L'intervention chirurgicale eut lieu le lendemain même du jour où la malade avait été examinée par les candidats. Elle consista dans l'ablation de la zone douloureuse après anesthésie. La moitié externe de l'ongle fut enlevée d'abord, puis on reconnut alors une légère saillie vers la partie du derme sous-unguéal voisine de l'ongle. Presque toute l'épaisseur du derme sous-unguéal fut tour à tour enlevée au bistouri dans la région correspondant à la moitié excisée de l'ongle. Un pansement fut appliqué et la malade, aussitôt après son réveil, n'accusa plus aucune douleur, même sous l'influence de pressions, dans la région qui venait d'être opérée. La guérison s'est maintenue.

Le derme sous-unguéal ayant été divisé longitudinalement, on reconnut dans son épaisseur, en arrière, une petite tumeur du volume d'une lentille.

La pièce fut remise à M. Chandelux. Une moitié fut traitée par les réactifs durcissants, la seconde moitié par le chlorure d'or.

La portion durcie a servi à faire des coupes qui, colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, ont montré que la petite tumeur reconnue à l'œil nu, était formée par du tissu conjonctif déjà adulte dans presque tous les points, offrant dans d'autres l'aspect du tissu connectif jeune. Cet examen ne donna pas d'autres résultats. Il servit donc seulement à montrer que la petite tumeur était de nature conjonctive. De plus, il permettait encore de reconnaître que le tissu conjonctif présentait une vascularisation capillaire assez développée et que, de plus, il possédait de distance en distance de petits flocs adipeux.

La portion de la tumeur traitée par le chlorure d'or a été dissociée par dilacération, et les lambeaux ainsi obtenus ont été étalés sur la lame de verre et montés dans la glycérine salée. Sur l'une des préparations on reconnaît de suite, même avec un grossissement très faible, un corps ovoïde, assez volumineux, plongé au sein du tissu adipeux. Ce corps représente un corpuscule de Pacini, dont il était facile, à l'aide d'un grossissement plus fort, de distinguer les différentes couches concentriques emboîtées. Par un pédicule, il reçoit un fila-

ment nerveux, qui pénètre dans son intérieur, et est, en outre, abordé par un vaisseau sanguin, qui se ramifie à sa surface. D'autres vaisseaux viennent également l'atteindre par son sommet, et se distribuer sur sa face interne.

A peu de distance du corpuscule, on aperçoit des nerfs à myéline, formant des troncs plus ou moins volumineux qui se branchent et s'envoient les uns aux autres des anastomoses transversales. Au point où le nerf le plus volumineux a été déchiré par la pince, les différents tubes nerveux qui le constituent se sont écartés les uns des autres ; ils ont pris une disposition pénicillée. Ces tubes n'ont pas tous le même diamètre. Quelques-uns sont larges comme ceux que l'on rencontre dans les gros troncs nerveux des membres. Mais un très grand nombre sont extrêmement minces ; ils ont des dimensions quatre ou six fois plus faibles que celles des précédents. Enfin, des tubes larges offrent de distance en distance des segments intercalaires grêles, semblables à ceux qui ont été décrits par M. le Professeur Renaut dans les nerfs collatéraux des doigts des solipèdes. Eu égard au nombre si considérable de tubes minces et à la multiplicité des segments courts intercalaires, il est rationnel de penser qu'il y a eu production sur place de nouveaux tubes myéliniques. Ces tubes se sont mélangés aux anciens et ont participé à la constitution du réseau nerveux emprisonné au sein de la petite tumeur. Sur tous les tubes nerveux, minces ou larges, on aperçoit les étranglements annulaires. La myéline était peu altérée, à peine granuleuse, fait facile à comprendre, car la pièce a été soumise à l'action des réactifs presque immédiatement après son ablation.

Des pelotons de vésicules adipeuses entourent le corpuscule de Pacini et les éléments nerveux. Au sein de cette masse grasseuse viennent se distribuer des vaisseaux sanguins, parmi lesquels on distingue des artérioles, des veinules ainsi que des capillaires intermédiaires. Ce réseau reproduit dans son ensemble la disposition des réseaux limbiformes du tissu adipeux sous-cutané, c'est-à-dire qu'il offre des branches principales ou maîtresses, formées par des artérioles, branches auxquelles est appendu à leur extrémité un petit bouquet ou peloton vasculaire presque indépendant des bouquets voisins

avec lesquels il ne communique que par de rares anastomoses.

Le réseau capillaire, assez développé, ne présente point de dilatations ou d'ampoules sur les vaisseaux qui entrent dans sa composition. Partout le calibre des canaux vasculaires est régulier. Il y a donc, par ce fait, une première différence entre ce réseau et ceux décrits. D'un autre côté, la vascularisation se rencontre dans toutes les portions de la tumeur occupées par des îlots adipeux ; il n'y a plus là une couche de vaisseaux surajoutés au noyau pathologique, ou bien formant au-dessous de lui une couche vasculaire. En un mot, la tumeur même est pénétrée par les canalicules sanguins ; ils forment dans son intérieur autant d'amas ou de groupes vasculaires qu'il y a de pelotons adipeux.

OBSERVATION II

(PEYROT, in *Thèse Lebouc*, Paris, 1888-1889)

Epithélioma sous-unguéal douloureux

J'ai opéré, dit-il, en juin 1888, une dame de 48 ans, d'une petite tumeur sous-unguéale qui déterminait chez elle les plus vives douleurs et que je considérais comme un fibrome douloureux sous-unguéal.

La tumeur siégeait sur l'index de la main droite. Elle ne se révélait à la vue, à travers la transparence de l'ongle, que par un aspect légèrement bleuté et sur un point très limité. La moindre pression sur ce point précis était intolérable. La moitié de l'ongle correspondant ayant été enlevée, je trouvais, couchée dans le derme sous-unguéal et dans lequel elle s'était creusée un lit, une petite masse piriforme, longue de un à trois millimètres, large de un millimètre à sa grosse extrémité. Celle-ci, libre, était terminée en avant ; la paroi mince, véritable pédicule de la tumeur, était dirigée en arrière et s'insérait sur le derme unguéal vers l'extrême limite de la matrice de l'ongle.

La tumeur relevée fut sectionnée à son point d'insertion avec la pointe du bistouri. Après son ablation, la surface

osseuse de la phalangette était presque à nu, tellement les parties molles sous-unguéales avaient été comprimées et refoulées.

La guérison, sous le pansement antiseptique, s'obtint rapidement.

Aujourd'hui, un an après l'opération, la malade est en parfaite santé, la tumeur n'a pas récidivé. Pourtant, l'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. le Professeur Cornil a décelé des caractères que nous n'avions pas soupçonnés dans cette petite tumeur.

Examen histologique. — La tumeur enlevée offre la grosseur d'un pois de moyenne dimension et paraît assez nettement limitée du côté de la périphérie de l'ongle. Cette tumeur a un point d'implantation assez large.

A la coupe, faite perpendiculairement, au point d'implantation après durcissement dans l'alcool et coloration par le picro-carmin, on trouve :

1° A la périphérie, une couche peu épaisse de tissu conjonctif dense, entremêlée de quelques petits vaisseaux. L'aspect normal de la matrice de l'ongle fait complètement défaut ;

2° Le centre de la tumeur est formé par une trame conjonctive dense qui, après examen attentif, ne paraît pas se continuer avec la couche périphérique.

Cette trame conjonctive limite des cavités disposées en forme de tubes plus ou moins larges et irréguliers. Ces tubes sont remplis de cellules fortement colorées par le picro-carmin et, si l'on a recours à un plus fort grossissement, l'on reconnaît facilement que l'on est en présence d'éléments de nature épithéliale.

Du côté du point d'implantation, et à son niveau, on retrouve d'une façon identique, les caractères du néoplasme, de sorte qu'il est permis de supposer, et que même il est probable que l'ablation n'a pas été totale. Il est, néanmoins, un caractère qui pourrait faire abandonner cette idée, c'est qu'à cette même époque, un an après l'opération, la tumeur n'a pas récidivé.

Quoi qu'il en soit, les différents caractères que nous venons d'énumérer nous autorisent à croire que nous nous trouvons en présence d'une tumeur de nature épithéliale.

Examen histologique publié par TOUPET

(*Bull. Soc. Anat.*, 1889)

Le cas a été observé par le Docteur Peyrot. Il s'agissait d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, développée sous l'ongle du gros orteil, chez une dame de 35 ans environ. Cette tumeur était douloureuse et gênait véritablement la marche. M. Peyrot l'enleva et nous demanda d'en faire l'examen histologique.

Des coupes furent pratiquées après durcissement par l'alcool; ces coupes comprenaient toute l'épaisseur de la petite tumeur et passaient au niveau du point d'implantation.

A la périphérie, nous avons trouvé une membrane fibreuse peu épaisse, mais assez dense; de cette membrane partaient des travées conjonctives, limitant des loges plus ou moins larges, loges remplies d'amas épithéliaux. Les loges étaient les unes arrondies, les autres allongées, parfois anastomosées.

Dans le tissu conjonctif interposé, on trouvait des vaisseaux assez nombreux. Au niveau du pédicule, on voyait les mêmes amas épithéliaux, et il est à présumer que le néoplasme n'a pas été enlevé complètement.

En examinant, à l'aide d'un plus fort grossissement, il était facile de se rendre compte de la nature de l'épithélium remplissant les loges. La première rangée était régulièrement implantée sur le tissu conjonctif; elle était formée par des cellules un peu allongées, analogues à celles que l'on trouve au niveau des papilles du derme, les autres couches étaient polyédriques, aplaties par pression réciproque; au milieu des grands amas, on aperçoit parfois une lacune arrondie correspondant probablement à un vaisseau; la plupart des tubes étaient pleins de cellules.

Ces constatations nous permettent d'affirmer qu'il s'agissait non pas d'un simple papillome, mais d'un véritable épithélioma pavimenteux tubulé. Le pronostic doit donc être absolument réservé dans le cas présent. Nous avons appris, d'ailleurs, que, depuis l'intervention, la malade avait éprouvé de nouvelles douleurs et qu'il y avait des menaces sérieuses de récidive sur place.

OBSERVATION III .

(KRASKE)

Sarcome sous-unguéal du médius gauche

Femme de 42 ans. Depuis douze ans elle a des douleurs très intenses au médius gauche. Cette douleur est très augmentée par la pression sur une région circonscrite au milieu de l'ongle. La malade attribue cette douleur à une compression, il y a quatre ans, mais qui a été soignée sans effet ; on lui a enlevé l'ongle à plusieurs reprises. L'ongle repousse très rapidement, mais les douleurs recommencent.

A l'examen. — On lui trouve rien aux autres organes, l'ongle avait un aspect normal ; sans déformation, seulement à l'endroit douloureux il y avait une coloration bleuâtre qui ressemblait à un épanchement du sang.

M. Volkmann a diagnostiqué une tumeur sous-unguéale et conseilla l'amputation.

Examen du doigt amputé. — L'ongle un peu aminci à l'endroit qui était douloureux. On l'enlève, et l'on trouve une tumeur rouge grisâtre du volume d'une lentille qui perçait à travers la peau de la loge unguéale ; elle ressemblait à une tête d'épingle.

En profondeur, elle s'étendait jusqu'à périoste de la phalangine et elle n'était pas complètement adhérente à l'os. La tumeur était facile à séparer des tissus environnants ; elle était entourée de tissus conjonctifs.

A la section. — La tumeur est composée de tissus homogènes rouges grisâtres.

Microscopiquement apparaissent des cordons anastomosés et ramifiés, ressemblant à un cactus. Les cellules étaient grosses mais moins que les cellules épithélioïdes dont les groupes se mélangeaient sans ligne de démarcation, nets avec les tissus fibrillaires environnants.

La vascularisation n'était pas riche, les vaisseaux pour la plupart passaient au milieu des cellules. Souvent ils formaient l'axe du cordon. Parfois les cellules apparaissaient comme suspendues d'un côté du vaisseau.

D'après l'auteur ce sont angio-sarcomes.

OBSERVATION IV

(KRASKE, *Münch. med. Wochenschrift*, 1887, N° 40 ;
Centralblatt für Chirurgie., 1888, N° 38)

Angio-sarcome sous-unguéal du pouce gauche

Femme de 40 ans ; se plaint depuis vingt ans de douleurs au bord de la lunule du côté interne de la phalange du pouce gauche. La douleur est augmentée par le moindre attouchement ; elle était persistante, irradiée jusqu'à l'épaule.

La douleur l'empêchait de dormir la nuit. La malade attribue ces douleurs à une cicatrice ancienne. Tous les moyens ont été essayés, sans amélioration. Les douleurs ont augmenté ces derniers temps provoquant un état neurasthénique.

A l'examen. — Légère déformation de l'ongle à l'union du tiers moyen interne. Il s'étendait une ligne douloureuse depuis la racine de l'ongle jusqu'à son extrémité. En dehors de cela, l'ongle était normal.

Près de sa racine se trouve un endroit très douloureux, du volume d'une lentille. L'auteur pensa à une tumeur sous-unguéale, et conseilla une énucléation.

Le 4 novembre 1886 l'auteur enleva la partie supérieure de l'ongle et trouva un épithélium très aminci et une petite tumeur qu'il enlève facilement.

Cette tumeur reposait dans une fossette de l'os : exactement de la même grandeur que la tumeur.

Le périoste qui recouvrait la fossette était intact.

Une fois la tumeur enlevée, on extirpa la partie antérieure de l'ongle. Le résultat de l'opération était étonnant, la malade une fois sortie de l'anesthésie, déclara ne plus souffrir. Le lendemain, elle déclara avoir, pour la première fois depuis vingt ans, dormi sans douleur.

L'ongle repoussa d'une façon plus ou moins difforme. Les douleurs ont disparu complètement.

La tumeur avait le volume et la forme d'une lentille rouge grisâtre, translucide.

Microscopiquement. — La tumeur était entourée d'une capsule assez dense, très vascularisée. La veinule était très dilatée. Les tissus de la tumeur avaient le même aspect plexiforme

que nous avons décrit : bandes de cellules, plus ou moins minces, formant des anastomoses multiples.

À la coupe. — On voyait donc des cordons sectionnés longitudinalement, transversalement et obliquement. Les cellules sont grosses avec noyau ovalaire fortement granuleux. Les cellules n'étaient pas séparées par des limites nettes. Chaque cordon cellulaire présentait au milieu un canalicule mince, tapissé d'une mince membrane. Cette dernière présentait des noyaux multiples qui bombaient dans la lumière du canal. Il n'y avait pas d'hématies dans ces canaux. (La tumeur a été extirpée après évacuation du sang.)

Mais l'auteur est persuadé que ces canalicules sont des vaisseaux dont les adventices ont fortement bourgeonné.

Ainsi il s'agit d'un angio-sarcome.

OBSERVATION V

(DELORE, Thèse de J. Vincent.)

Tumeur sous-unguéale douloureuse

Il s'agit d'un malade de 65 ans environ, qui jouissait d'une bonne santé habituelle.

Il y a sept ans, une échiffre de bois pénétra sous l'ongle du médium gauche. Elle fut aussitôt retirée par un médecin qui fut obligé, dans ce but, d'enlever une partie de l'ongle qui la recouvrait.

Malgré cette extirpation, la plaie sous-unguéale est toujours restée douloureuse à la pression. Depuis un à deux ans en ce point s'est développée une petite tumeur sous-unguéale qui soulève l'ongle ; elle s'accompagne de troubles trophiques cornés, couches unguéales irrégulières, pluri-stratifiées, etc.

Le moindre attouchement de l'ongle détermine des douleurs véritablement atroces.

Le 30 janvier 1900, après anesthésie locale, M. X. Delore enlève l'ongle. Un peu en dehors de la ligne médiane, dans le derme sous-unguéal, on voit une masse rosée du volume d'un pois, comme enchâssée dans une capsule dermique. La trac-

tion sur cette tumeur charnue démontre qu'elle est adhérente à l'os par un pédicule.

Dans le voisinage, on ne remarque ni trace de corps étranger, ni trace de pus ou d'ostéite.

Grattage à la curette du point d'implantation osseux. Pansement à plat.

La tumeur n'a pu être examinée histologiquement, parce qu'elle a été égarée.

Le malade a été revu complètement guéri, le 7 juin 1900.

OBSERVATION VI

JABOULAY, Thèse de J. Vincent.)

Névrome sous-unguéal de l'auriculaire gauche

Il s'agit d'une femme de 35 ans environ, se plaignant de douleurs vives au niveau de l'extrémité de l'auriculaire gauche, en août 1895. Aucun traumatisme antérieur ne peut expliquer ces douleurs vives et spontanées.

A l'examen, l'ongle est inégal, rugueux, présente des stries dirigées dans le sens antéro-postérieur, suivant l'axe du doigt; il y a à peine un peu de rougeur vers la matrice, sur le bord interne; on ne sent pas nettement une tumeur; pas d'augmentation de la phalange. La pression exercée sur l'extrémité et les parties latérales de l'ongle détermine une douleur tout le long du nerf cubital: la malade montre un trajet au milieu des tissus.

L'opération consiste dans l'ablation de la portion interne de l'ongle et de la matrice correspondante; on aperçoit alors dans le derme sous-unguéal, une masse de consistance charnue logée en partie dans une capsule osseuse creusée aux dépens du tiers moyen de la phalange.

On enlève cette tumeur; les douleurs cessent et la malade part guérie.

Elle revient deux ans après, vers la même époque; les douleurs ont récidivé et il y a une véritable névrite ascendante du cubital. M. Jaboulay pratique alors la résection de l'extrémité de la phalange qui présente, cette fois, quelques fongosités.

OBSERVATION VII

(L. BÉRARD, Thèse de J. Vincent.)

Epithélioma sous-unguéal de l'annulaire droit

Religieuse, 31 ans. Observée dans le service de M. le Professeur Poncet, pendant les congés de Pâques 1899.

Cette malade vient demander un traitement pour des douleurs insupportables de la main et du membre supérieur droit, déterminées par une néo-formation sous-unguéale de l'annulaire.

Le début apparent de l'affection remonte à dix ans, sans que la malade se rappelle s'il y eut alors un choc ou un traumatisme quelconque à l'origine de l'affection. Mais depuis quatre ans déjà (il y a quatorze ans) cet ongle était toujours cassé, fendillé sur son bord libre et il reparaissait toujours ainsi altéré malgré les précautions les plus soigneuses que prenait la malade.

Il y a dix ans, les douleurs apparurent, d'abord au contact du dos et du bout de l'ongle ; un an après, ces douleurs se firent sentir spontanément. C'était, au début, comme une secousse électrique passant de l'ongle jusque dans la paume de la main, près du poignet, à de rares intervalles, peut-être dix fois par an, dit la malade. Depuis six ans, la douleur était plus continue, plus fréquente, toujours avec un maximum dans l'annulaire ; celui-ci était souvent seul douloureux ; parfois aussi les deux doigts voisins étaient le siège d'élançements. A cette époque, les crises douloureuses étaient presque périodiques ; duraient quinze jours avec une ou deux semaines de calme dans l'intervalle.

Depuis cinq ans, les douleurs sont allées en s'accroissant de plus en plus ; elles déterminent de véritables secousses électriques jusqu'au coude, plus tard jusqu'à l'oreille et au côté droit du menton. « Cela me faisait sauter sur mon siège » comme si j'avais eu une grande frayeur. Les derniers mois, « la douleur était permanente et ne laissait aucun repos ; » pendant ces six mois, je pourrais compter les nuits où il « m'a été possible de dormir. En été, je souffrais moins

« qu'en hiver ; le froid à ce doigt me faisait très mal, mais
« un mal différent de celui qui revenait spontanément. C'était
« une douleur plus sourde qui me faisait défaillir et me don-
nait mal au cœur. »

À l'examen physique, l'ongle apparaît soulevé, violacé ; les
tissus sous-jacents apparaissent un peu grenus au travers ; il
est impossible d'approfondir cet examen, car le moindre appui,
la moindre friction ramènent ces élancements douloureux.

La malade demandant instamment à être soulagée le plus
tôt possible. Le jour même, après anesthésie générale (au
mélange de Bilbroth), M. Bérard pratique l'opération sui-
vante : ablation de l'ongle à la pince ; la matrice apparaît
presque intacte, mais avec une surface grenue et très vascularisée.
Au-dessous, la petite tumeur est très nettement
visible.

L'incision de la matrice le long de son bord postérieur
montre un tissu grenu, ayant la consistance de gelée de
pomme, amassé en une boule du volume d'un gros pois.
Cette tumeur se prolonge dans la profondeur de la phalan-
gette, en arrière de l'ongle, et on peut l'enlever complètement
après avoir mené deux petites incisions parallèles de décharge
sur le dos de la phalangette. La logette de la tumeur appa-
raît alors creusée en partie dans la phalangette elle-même ; à
son niveau, l'os est évidé en capsule. L'examen le plus soi-
gneux ne révèle à ce niveau aucune terminaison, aucun amas
d'apparence nerveuse. Toutefois, pour plus de sécurité, la
logette est soigneusement raclée à la curette et ses bords tou-
chés au thermocautère. La malade rentre le jour même dans
son couvent.

Le 11 août 1899, elle répond à une demande de renseigne-
ments de M. Bérard dans les termes suivants : « Mon doigt
« a été cicatrisé complètement six semaines après l'opération,
« mais il n'est pas beau. L'ongle n'a pas repoussé et il reste
« un creux à la place de la tumeur. J'ai aussi quelques diffi-
« cultés à plier le bout du doigt, mais, à part ces petits incon-
« vénients, je crois que je suis guérie. La douleur que je
« ressentais avant l'opération a disparu ; de temps à autre,
« cependant, quelques élancements très légers passent dans le
« doigt. Je dors très bien la nuit et, pendant la journée, j'ai
« un bien-être auquel je n'étais pas habituée. »

L'examen histologique a été pratiqué par M. le Docteur Dor qui conclut à une tumeur épithéliale développée aux dépens des cellules ectodermiques de la matrice de l'ongle. Ces cellules, en effet, sont groupées en lobules très caractéristiques, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les photographies microscopiques de la tumeur.

Nous avons été dans l'impossibilité matérielle de reproduire ces photographies, mais l'observation sera prochainement publiée par M. Bérard avec les résultats éloignés de l'intervention.

OBSERVATION VIII

(MULLER, *Archiv. für Klinische Chirurg.*, 1901, t. LXIII, p. 348.)

Périthéliome sous-unguéal de l'annulaire droit

Femme de 44 ans. Il y a vingt-trois ans la malade filait et un crochet métallique, lésa la loge unguéale de l'annulaire droit. Une tuméfaction se forma, puis disparut, mais la femme remarqua que sous l'ongle persistait une petite tache bleue qui augmentait très lentement, puis cet endroit devient douloureux. Enfin apparaissent des douleurs spontanées surtout au changement de température.

Examen. — Petite tumeur aplatie, translucide, bleuâtre, soulève l'ongle de l'annulaire droit. A sa base l'ongle est aminci, douloureux à la pression.

Extraction de l'ongle sous anesthésie locale. — On sépare facilement la tumeur de l'os avec une curette. L'os présente une dépression recouverte de périoste. La tumeur est aplatie en forme d'un haricot d'un centimètre de longueur, 0,8 centimètre de largeur, 0,4 centimètre d'épaisseur, de tissu gris bleuâtre.

A la section. — Elle présente des granulations fines.

Microscopiquement. — L'épithélium stratifié avec des cellules cylindriques dans la profondeur est de plus en plus aplati à la superficie. La loge de l'ongle est séparée par une zone très vasculaire de la tumeur. La tumeur présente des groupes de grosses cellules dans des tissus conjonctifs. Ces groupes sont de volumes variables, arrondis ou irréguliers, et réunis

les uns aux autres par de minces filets de cellules. Les cellules sont pareilles à celles de la loge unguéale, mais un peu plus grandes, ovoïdes, ou polygonales à gros noyaux éliptiques ou ronds granulés.

Ces cellules ressemblent aux cellules endothéliales des capillaires. A la périphérie de la tumeur on voit que celle-ci se développe aux dépens des capillaires. Les cellules siègent plus ou moins nombreuses soit d'un ou de l'autre côté des vaisseaux, adhérentes à sa paroi sur un parcours plus ou moins long, parfois elles entourent des capillaires en manteau.

Ces cellules sont plus cubiques et plus riches en protoplasme que les cellules endothéliales, mais elles leur sont apparentées. Dans la profondeur de la tumeur des noyaux de cellules sont appendus aux capillaires. Les différents groupes de cellules se réunissent à un réticulum. Les cellules remplissent presque tout l'espace entre les capillaires vers le centre de la tumeur. Ordinairement ces cellules ne partent que d'un endroit précis de la tumeur du capillaire.

Sur la préparation, les rapports entre la tumeur et les capillaires peuvent donc ne pas être visibles. Il faut des coupes en série. En outre on voit un processus régressif dans les grands amas cellulaires, on trouve des lacunes dues à la destruction cellulaire avec chromatolyse.

Les tissus conjonctifs fibrillaires et myxomateux ou granuleux entourent les cellules. Près des cellules, les stromas présentent une dégénérescence muqueuse avec substance fondamentale granulée et de rares cellules étoilées. La tumeur est mal vascularisée, quelques capillaires, pas d'artérioles, contenant des hématies, pas de pigments. La tumeur semble se développer à partir de l'endothélium capillaire.

C'est un *angio-sarcome* que l'auteur appelle *périthéliome*.

OBSERVATION IX

(Joseph-F. MARTIN et J. DECHAUME)

Femme de 42 ans environ qui, après un traumatisme léger d'un doigt (écrasement de la phalange, sans plaie) vit apparaître une petite tuméfaction profonde, soulevant l'ongle, et si douloureuse que la malade en exigea l'extirpation. Dès

après l'intervention, les phénomènes douloureux disparurent de façon complète.

OBSERVATION X

(Joseph-F. MARTIN et J. DECHAUME)

Femme de 70 ans qui présentait depuis vingt-cinq ans, à la suite d'un léger traumatisme local, une petite tumeur douloureuse spontanément et au contact, soulevant l'ongle de l'annulaire droit, cet ongle étant d'ailleurs atrophié et très friable. Ablation de l'ongle par le Docteur X. Delore ; en dessous de lui substance mollassse « comme du sarcome », friable avec un centre fibreux, s'étant creusé une logette dans l'os qu'elle a dénudé. Destruction au thermocautère.

Voir dans les *Annales d'Anatomie Pathologique*, 1925, l'étude histologique détaillée qui accompagne ces deux observations.

OBSERVATION XI

(P. MASSON, Le glomus neuro-myo artériel des régions tactiles et ses tumeurs. *Lyon Chirurgical*, t. XXI, mai-juin 1924.)

Premier cas. — C'est en 1916 que j'observai le premier cas. Une infirmière de 23 ans, employée dans le service du Professeur Dubard, de Dijon, se mit, sans cause apparente, à souffrir de l'extrémité de l'index.

En cinq ou six semaines, les douleurs, exacerbées par le moindre attouchement, devinrent telles qu'elle dut interrompre ses fonctions. Entre temps, une petite tumeur, saillante en avant sous le rebord unguéal, était apparue. L'extirpation pratiquée, les troubles douloureux cessèrent.

La guérison s'est maintenue depuis lors.

OBSERVATION XII

(A. BARRÉ, Troubles sympathiques étendus et violents du membre supérieur par tumeur de la dernière phalange. Congrès neurologique de Strasbourg ; *Lyon Chirurgical*, t. XXI, mai-juin 1924.)

Une fillette de 13 ans laisse tomber le couvercle de son pupitre sur l'ongle de son médius gauche. Douleurs très vives, tache bleue, indicatrice d'un hématome, s'en suivent. La douleur disparaît bientôt, mais quelques semaines après, elle reparait, intense, d'abord sur le côté cubital, puis sur le côté radial du médius. Elle s'étend peu à peu au poignet, à l'avant-bras, au bras, à l'annulaire, puis à toute la main. Peu à peu, elle devient pour ainsi dire constante ; sourd à l'ordinaire, elle s'exaspère par moments en même temps qu'elle se généralise alors à l'épaule, à la moitié correspondante du thorax et même jusqu'à la hanche, au moment des grandes crises. Certains mouvements, surtout la pression sur la phalange, déclenchent les accès.

Ces accidents durèrent *cinq ans* ; à ce moment, la main gauche et l'avant-bras étaient légèrement atrophiés ; la température locale était plus élevée qu'à droite et le tégument plus coloré. On observait en outre du même côté, à la face, un syndrome de Claude Bernard-Horner.

L'ongle du médius était bombé, soulevé par une masse bleuâtre ayant l'aspect d'un hématome. La résection, des nerfs collatéraux, ne donna qu'une amélioration médiocre et momentanée. On décida d'enlever l'ongle.

La pulpe, saillante, fut incisée et une tumeur arrondie, d'environ 12 millimètres, put en être énucléée.

La guérison, complète et définitive, survient rapidement.

OBSERVATION XIII

(A. BARRÉ, Sur certaines sympathalgies de la périphérie des membres. Leur traitement chirurgical simple. *Paris Médical*, octobre 1922 ; *Lyon Chirurgical*, t. XXI, mai-juin 1924.)

Un homme souffre depuis trente ans de crises douloureuses à l'index gauche. Ce furent au début des chatouillements pénibles, puis des douleurs vraies, exaspérées par le froid.

Au moment des paroxysmes, il semble au malade que la phalange de son index est traversée par l'aiguille d'une machine à coudre.

A l'examen du doigt douloureux, A. Barré constate une incurvation de l'ongle et une tache bleu-violacé en sa partie centrale.

Après ablation de l'ongle, on extirpe une tumeur grosse comme un pois.

Les douleurs cessent aussitôt pour ne plus reparaître.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. BONNET)

M^{lle} C..., 46 ans, est adressée au Docteur Bonnet avec le diagnostic de névrome sous-unguéal. Les douleurs sont devenues tellement atroces depuis quelques mois que la malade réclame la grâce d'une opération, résignée à tout, même à une amputation du bras.

La malade souffre depuis l'enfance : elle se rappelle que vers l'âge de 10 ans elle souffrait au contact de la base de l'ongle de l'auriculaire droit.

A cet âge déjà les douleurs étaient très vives quand par hasard le doigt heurtait un objet, ce qui arrivait parfois malgré les précautions que prenait la malade. Elle évitait de serrer la main de ses petites camarades. D'habitude elle tendait la main gauche. S'il lui arrivait de tendre la main droite elle poussait un cri de douleur.

Bientôt la douleur apparut spontanément sous forme de crises que la malade compare à une rage de dents et s'accompagna d'irradiations dans tout le bras, et même dans le thorax, sous forme d'éclairs atrocement douloureux.

On ne peut imaginer les moyens que la malade utilisa pour calmer la douleur pendant le calvaire qu'elle accepta pendant plus de trente ans :

Tous les médicaments dits calmants figurèrent dans son arsenal thérapeutique. Tous furent successivement abandonnés à cause de leur inefficacité.

La malade n'aurait pas supporté de se ganter. Elle fourrait sa main dans un manchon et faisait modifier la fermeture de tous ses manteaux pour y blottir sa main droite.

Le plus souvent, quand la douleur était trop vive, la malade maintenait son doigt dans la bouche, évitant avec soin le contact de la langue ou des dents. Si elle se trouvait dans son atelier elle passait des heures le doigt plongé dans un verre d'eau froide. Pendant une conversation elle calmait la douleur en se frictionnant le doigt de façon continue.

Souvent elle passait des nuits blanches promenant, pour soulager la douleur, le doigt contre la boiserie, près de son lit. Parfois elle parvenait à s'endormir, le doigt plongé dans un verre d'eau froide.

L'eau froide, les applications d'éther étaient son meilleur calmant. Pourtant elle craignait et le froid et le chaud.

On conçoit mal que dans ces conditions la malade n'ait pas réclamé une opération. Elle vint bien souvent supplier son médecin de la faire opérer. Mais celui-ci, médecin d'ailleurs très averti, avait fait le diagnostic de névrome et déconseillait l'opération. Il faisait envisager que l'opération ne pourrait pas la guérir, que le mal récidiverait sur le moignon; que d'amputation en amputation on en arriverait peut-être à une amputation du bras, sans apporter de soulagement. Par ailleurs la malade était diabétique, ce qui paraissait être un obstacle à l'anesthésie.

Aussi la malade patienta-t-elle tant qu'elle put, essayant tout ce que les âmes charitables lui conseillaient :

Elle s'adressa à un herboriste qui fit prendre des bains dans une infusion « d'herbe Maurel ». De la même herbe, cuite dans de la graisse, elle fit des emplâtres horriblement douloureux.

A plusieurs reprises, et chaque fois pendant des semaines elle alla subir des séances de passes magnétiques.

On lui conseilla d'appliquer sur le doigt des escargots vivants qu'elle fixait sur le doigt à l'aide d'un pansement, qu'elle laissait mourir sur place, et qu'on remplaçait ensuite par d'autres. Le contact froid de l'escargot provoquait une crise douloureuse.

Mais rien ne parvenait à soulager la douleur et la malade confesse : « Que de fois j'ai regardé la rue de mon troisième étage. »

Ces derniers temps enfin la douleur est devenue intolérable : il y a un mois que la malade n'a pas dormi du tout.

Elle est enfin allée supplier son médecin de consentir à une opération, lui disant : « Qu'on me coupe le bras, qu'on me fasse ce que l'on voudra, je n'y puis plus tenir. »

Rien ne peut donner mieux une idée du dépérissement dans lequel la malade est tombée au cours de ces dernières années, que la perte de son poids : elle a pesé à un moment donné 92 kilos. Elle a maigri maintenant de 25 kilos.

A l'examen on voit : l'ongle de l'auriculaire droit est strié en long, bombé, soulevé à sa base par une tuméfaction diffuse, bleutée, violacée, qui fait d'abord penser à un angiome. La malade a remarqué que depuis dix ans son ongle pousse recourbé.

On peut toucher très près de cette région sans provoquer de douleur. Mais le moindre frôlement sur la phalangette est horriblement douloureux. Le doigt est plutôt froid. En l'enveloppant avec précaution dans les doigts on n'y perçoit pas de battements.

Le Docteur Bonnet fait le diagnostic de cette affection connue sous le nom de tumeur sous-unguéale douloureuse, de nature probablement angiomateuse, analogue sans doute à ces angiomes douloureux périarticulaires individualisés par Gangolphe, dans la grande classe des tubercules sous-cutanés douloureux.

La radiographie montre une déformation de la phalangette devenue concave à sa face dorsale, comme refoulée, mais aussi usée, érodée au voisinage de la tumeur. Pas de trace de corps étranger.

La malade supplie qu'on l'opère vite. La déformation, les altérations en surface de l'os font décider une désarticulation de la phalangette.

Anesthésie locale. Drain serré à la base du doigt. Quatre injections de scurocaïne en regard des collatéraux. Ces injections, malgré leur lenteur, sont atrocement douloureuses, mais permettent de réaliser une anesthésie parfaite.

Désarticulation de la phalangette : hémisection dorsale, transfixion de la face palmaire. Suture cutanée.

La section sagittale de la phalange montre la présence, sous la base de l'ongle, d'une tumeur du volume d'un noyau d'olive, logée entre l'ongle et la phalangette. L'ongle est soulevé, bombé ; l'os est au contraire excavé, et comme écrasé

par la tumeur; rouge à la coupe. La tumeur elle-même, assez bien circonscrite, adhérente à l'os, est molle, élastique, transparente. Elle rappelle l'aspect gelée de pomme d'un kyste synovial, mais une gelée de pomme solidifiée.

Elle est comme logée entre l'os et l'ongle, mais son point de départ n'est pas évident. On se demande s'il ne s'agit pas d'une tumeur développée au niveau de la matrice unguéale.

Le soulagement, après l'opération, fut instantané, au point que la malade n'y put pas croire.

Le soulagement est resté définitif.

La malade a été revue en juin 1927 par le Docteur Bonnet, transformée, souriante, ne pouvant imaginer qu'elle ait pu attendre si longtemps la possibilité d'une vie normale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE N° 145

dû à l'obligeance du Docteur J. DECHAUME

Un examen topographique de la préparation comme le représente la figure 1 nous montre, en surface, le revêtement cutané avec la matrice de l'ongle et la formation cornée qui constitue celui-ci. A la partie inférieure de la préparation, la phalangette et ses formations osseuses caractéristiques; entre les deux, le tissu conjonctif avec les masses tumorales. On se rend compte de suite que l'os n'est pas modifié au point où a porté la coupe. L'ongle ne paraît pas altéré non plus. On voit en dehors des formations tumorales des petits amas de vaisseaux présentant même à ce grossissement certains caractères particuliers et paraissant en tous cas groupés en petits organes; ce sont des « glomus » normaux.

La figure 3 montre, à un plus fort grossissement, la constitution histologique de ces glomus digitaux tels que les a décrits le Professeur P. Masson avec des formations vasculaires dont les tuniques présentent des caractères particuliers, avec les filets nerveux très nombreux qui les parcourent (les rapports intimes réunissant vaisseaux et nerfs ne peuvent être vus à ce grossissement trop faible).

La tumeur, comme on s'en rend compte sur la coupe topographique, paraît encapsulée, limitée nettement par une gaine de tissu fibreux assez dense. Cette tumeur n'a aucun caractère infiltrant. Elle semble, à ce grossissement, formée de masses ou de boyaux qui ressemblent assez grossièrement à des nappes épithéliomateuses et l'on pourrait être tenté de faire le diagnostic d'épithélioma baso-cellulaire.

Il n'en est rien, la figure 2 nous montre à un plus fort grossissement comment est constituée cette tumeur. Les masses tumorales lobulées sont formées d'éléments d'allure épithélioïde, mais chacune de ces masses est centrée par une lumière vasculaire. Quand la coupe a passé parallèlement à l'axe de la formation lobulée, le vaisseau n'est pas intéressé et on croit avoir à faire à un boyau tumoral plein. La lumière vasculaire est le plus souvent vide de sang ; parfois, on y trouve cependant quelques globules rouges. Elle est limitée par un endothélium dont les cellules sont tantôt cubiques, tantôt aplaties suivant l'état de déplétion sanguine. Comme le montre la figure 3, immédiatement sous cette formation endothéliale, on rencontre des cellules à caractères épithélioïdes tassées les unes contre les autres, polygonales par pression réciproque ; leur protoplasma est homogène, leurs noyaux arrondis présentent un réseau chromatinien moyennement dense avec un nucléole assez marqué, un cadre collagène très net les sertit individuellement. Nous n'avons rencontré aucune mitose.

Un examen plus précis encore montre que certaines de ces cellules prennent une forme allongée, présentent un protoplasma acidophile et fibrillaire qui les fait ressembler à des cellules musculaires lisses.

Ces masses sont parfois entourées de petites cavités limitées par un endothélium qui correspond peut-être à des formations lymphatiques.

Dans les cloisons conjonctives qui séparent ces lobules tumoraux, on trouve des fibres collagènes plus ou moins tassées les unes contre les autres, des formations vasculaires avec des tuniques formées de cellules musculaires lisses typiques, mais on rencontre surtout des éléments nerveux sous la forme de fibres myéliniques ou amyéliniques qui viennent se mettre au voisinage des formations tumorales.

N'ayant pas pu faire encore d'imprégnation à l'argent, nous ne pouvons pas préciser sur cette tumeur elle-même les rap-

ports intimes qu'il y a entre ces formations nerveuses, les éléments d'allure épithélioïde et musculaire que nous avons rencontrés.

Il est indiscutable que nous n'avons pas à faire à un épithélioma baso-cellulaire ; mais étant donné les caractères que nous avons décrits, la comparaison avec les deux cas antérieurs que nous avons pu examiner, il s'agit certainement d'une tumeur glomique ou plus exactement d'un *angio-neuromyome artériel*.

Conclusions

I. — Les tumeurs sous-unguéales douloureuses sont caractérisées par :

Un syndrome douloureux d'une intensité extrême ;

La présence au-dessous de l'ongle d'une petite tumeur logée entre l'ongle et la phalangette.

II. — Les désignation d'après leurs caractères histologiques, faites jusqu'à ces dernières années, ne semblent pas en concordance avec l'évolution clinique.

Il faut sans doute accepter la nouvelle appellation du Professeur Masson et les considérer comme des tumeurs du glomus neuro-myo artériel du derme des doigts (tumeurs glomiques).

On devrait dès lors les considérer comme des tumeurs bénignes et les traiter comme telles par extirpation après ablation de l'ongle. L'amputation de la phalangette peut être indiquée par les altérations du squelette de la phalange.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Juin 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. GHEUSI.

Bibliographie

- BARRÉ (A.). — Troubles sympathiques étendus et violents du membre supérieur par tumeur de la dernière phalange du médius. Congrès neurologique de Strasbourg, août 1920.
- Sur certaines sympathalgies de la périphérie des membres. Leur traitement chirurgical simple. *Paris Médical*, octobre 1922.
- BONNET (P.). — Tumeur sous-unguéale douloureuse. Tumeur glomique. Société de Chirurgie Lyon, 23 juin 1927.
- CHANDELUX. — Troubles sous-cutanés douloureux. *Archives de Physiologie*, 1882.
- FOLLIN. — *Pathologie externe*, I. II.
- *Gazette Médicale de Paris*, 1852.
- GÉRARD-MARCHANT. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1888, p. 334.
- GURLT. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1880, tome XXV.
- *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1886, tome V, p. 470.
- GUÉRIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 462.
- HERVEY. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1871, p. 252.
- MARTIN (Joseph-F.), MICHEL (L.) et DECHAUME (J.). — Tumeur congénitale du périnée chez un enfant nouveau-né du sexe féminin. — Considération sur l'ubiquité des appareils régulateurs de la circulation périphérique. *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1925, N° 2, p. 190.
- MARTIN (Joseph-F.) et DECHAUME (J.). — Les tumeurs glomiques (angio-neuro-myomes artériels). *Ann. d'Anat. Path.*, 1925.

- KRASKE. — Ueber subunguale Geschwülste. *Münchener Méd. Wochenschrift*, 1887, N° 46, p. 889.
- Subunguales sarkom der linken Mittelfingers. *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, N° 38, p. 69.
- *Schmids Jahrbücher*, t. CLXXXVIII, 1880, p. 159.
- KOLACZEK. — Ueber das angio-sarkom. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. IX, p. 176.
- LEBOUC. — *Thèse de Paris*, 1888-89, N° 359.
- LE FORT. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 14 février 1877.
- MONORY (Léon). — Tumeurs solides des doigts. *Thèse Paris*, 1873.
- MASSON (P.). — Le glomus neuro-myo artériel des régions tactiles et ses tumeurs. *Lyon Chir.*, mai-juin 1924, p. 257-286.
- MASSON (P.). et GERY. — Tumeurs glomiques sous-cutanées en dehors des doigts. *Ann. d'Anat. Path.*, février 1927.
- MÜLLER. — Zur Kenntniss der Fingergeschwülste. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1901, t. LXIII, p. 348.
- POLAILLON. — *Dict. des Sc. Médicales*. Article « Doigts ».
- PRODANOFF. — Sur la localisation des tumeurs glomiques. *Annales d'anatomie pathologique*, février 1927.
- POZZI. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1874, p. 587.
- RENAUT. — *Traité d'Histologie*, t. II, p. 288.
- RICHEL. — *France Médicale*, 1886.
- SERINO. — *Giorno d. R. Accad. di Med. de Torino*, décembre, 1893, p. 639.
- SUTER. — Zur casuistik der Fingertumoren. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1905, t. LXXV, p. 624.
- SCHUH. — Colloïd Sarkom uter dem Nagel des Daumes. *Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilkunde*, 1862, p. 75.
- *Langenbek Arch.*, 1863, V, p. 470.
- THIERY. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, p. 322-336.
- TOUPET. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 30.
- VINCENT. — Des tumeurs sous-unguéales douloureuses. *Thèse de Lyon*, 1899-1900, N° 151.
- VOLKMANN. — Ueber endotheliale Geschwülste. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XLI.

TABLE des MATIÈRES

Avant-Propos	11
Introduction	13
Etude Clinique.....	17
Anatomie Pathologique.....	23
Traitement	31
Observations	33
Conclusions.....	57
Bibliographie.....	59



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °



